LA PROTECTION SOCIALE
AUX ÉTATS-UNIS

Les premiers colons, dans ce qui est devenu aujourd'hui les États-Unis, attachaient une grande importance à l'autonomie et à une éthique stricte dans les relations de travail. En raison de ce passé, il n'est pas surprenant que la culture américaine et le système de gouvernement des États-Unis mettent l'accent sur la responsabilité individuelle, tout en apportant, sous de multiples formes, de manière temporaire ou permanente, une aide aux personnes et aux familles dans le besoin. Le Gouvernement fédéral des États-Unis finance l'assurance maladie et les pensions des retraités, le versement des indemnités de chômage, des initiatives pour les handicapés, ainsi qu'une large gamme d'aides publiques pour les plus pauvres. Ces dernières années, ces programmes ont représenté approximativement la moitié du budget fédéral des États-Unis, qui s'élève à plus de 2.000 milliards de dollars. Le secteur privé joue également un grand rôle en matière d'aide sociale.

HISTOIRE

A la fin du 19ème et au début du 20ème siècle, plusieurs nations européennes instaurèrent des programmes d'aide sociale. Le mouvement fut relativement lent à se mettre en place aux États-Unis, en partie, selon une théorie largement partagée, parce que le développement rapide de l'industrialisation et la disponibilité immédiate de terres arables dans le centre et l'ouest du pays renforçaient la croyance que quiconque était disposé à travailler avait la possibilité de trouver un emploi.

La Grande Dépression, qui débuta en 1929, bouleversa cette vision. Pour la première fois dans l'histoire, un nombre élevé d'Américains perdirent leur emploi en raison de la faillite quasi-généralisée des banques et des entreprises. La plupart des programmes initiés par le Président Franklin D. Roosevelt pendant la Dépression étaient des mesures d'aides provisoires, mais l'un de ces programmes – les prestations sociales – est devenu une institution nationale.

Dans les années qui suivirent, d'autres présidents, en particulier Lyndon B. Johnson avec l'initiative de la Grande Société dans les années 60, instaurèrent des programmes d'aide sociale. Au cours des années 80 et 90, cependant, des critiques grandissantes à l'égard de certains aspects du système américain d'aide publique se firent entendre. Le débat conduisit au vote de la Loi sur la Responsabilité personnelle et la Réconciliation avec l'Opportunité professionnelle (*Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*) de 1996, qui remodela l'aide sociale en transférant vers les États la gestion des subventions fédérales.

DISPOSITIFS PRINCIPAUX

1. LES PRESTATIONS SOCIALES (*SOCIAL SECURITY*)

Créé par la Loi sur la Sécurité sociale (*Social Security Act*) de 1935, dans le cadre des réformes économiques et sociales du *New Deal* entreprises par le Président Franklin D. Roosevelt, ce dispositif instaura le versement de pensions de retraite à partir de 65 ans pour les salariés, et le paiement d'un capital décès forfaitaire pour les salariés décédés avant 65 ans. En 1939, le Congrès créa une prestation séparée pour les ayant droits (c'est-à-dire les conjoints, enfants, veuves, veufs, et parents, à la charge du salarié.)

Il fut à nouveau étendu en 1965, par l'instauration de prestations d'assurance maladie dans le cadre du programme *Medicare,* et par l'octroit d'aides aux États pour l'établissement de dispositifs d'assurance chômage. Les prestations sociales sont versées à une personne ou à sa famille sur la base des cotisations payées par le salarié, qui sont automatiquement déduites de son salaire, et des contributions versées par l'employeur tout au long de la vie professionnnelle.

Aujourd'hui, les prestations sociales incluent :

L' Assurance Vieillesse, Veuvage et Invalidité (*Federal Old Age, Survivor, and Disability Insurance - OASDI*)

Les sommes versées au titre de l'*OASDI* sont les principales prestations sociales généralement connues aux États-Unis sous le nom de *Social Security*. Ces allocations sont versées chaque mois aux retraités, aux familles dont l'ayant droit est décédé, et aux travailleurs qui sont privés d'emploi pour raison de maladie ou d'accident. Les destinataires bénéficient de ces prestations sous réserve d'avoir travaillé le temps minimum légal obligatoire et d'avoir acquitté leurs contributions sociales. Il n'y a aucune condition financière minimale à satisfaire. Une fois qu'un travailleur a droit à la protection, sa famille (c'est-à-dire, conjoint et/ou enfants mineurs célibataires) en bénéficie également.

Le programme *OASDI* est un programme fédéral. Il est alimenté par les taxes sur les salaires payées par les salariés, leurs employeurs et les travailleurs indépendants. Le taux des cotisations est basé sur le revenu imposable des employés jusqu'à un plafond maximum, l'employeur apportant une contribution égale à celle du salarié. Les travailleurs indépendants contribuent à hauteur d'une double cotisation.

Le programme *Medicare*

Le régime d'assurance maladie *Medicare* a été promulgué en 1965. Il assure les prestations de santé essentielles des bénéficiaires des prestations sociales. Il est financé par une partie des cotisations des prestations sociales, par des primes payées par les bénéficiaires, et par des fonds fédéraux. L'admissibilité à ce programme ne dépend pas du revenu. Toute personne qui perçoit des allocations au titre des prestations sociales est

couverte par ce régime, c'est-à-dire presque tous les individus de 65 ans et plus, et les personnes handicapées de moins de 65 ans. Les personnes qui n'ont pas travaillé assez longtemps sous le régime des prestations sociales pour recevoir des indemnités de retraite peuvent bénéficier de ces avantages en payant une prime mensuelle.

Ce régime est administré par le Ministère de la Santé et des Affaires sociales des États-Unis (*U.S. Department of Health and Human Services*). À la différence d'autres programmes fédéraux, il n'est pas administré par une large structure centralisée. Le Gouvernement fédéral passe en général des accords avec des compagnies d'assurance privées pour la gestion courante du programme *Medicare*. Celui-ci comprend un programme de couverture hospitalière et un programme supplémentaire de couverture médicale. Les remboursements des frais médicaux peuvent être versés directement soit au praticien soit au patient.

L’assurance chômage

Administrée par les États dans le cadre de directives fédérales, l'assurance chômage procure un revenu de substitution aux salariés qui ont perdu leur travail sans avoir commis de faute délibérée. Cette prestation compensatoire est conçue pour donner le temps à une personne privée d’emploi de trouver un nouveau travail, équivalent à celui qu’elle a perdu, sans perte financière trop importante. Dans la plupart des États, les allocations peuvent être versées durant une période maximale de 26 semaines.

Une combinaison d’impôts fédéraux et locaux est prélevée sur les employeurs afin de financer des programmes gérés par les États et répondant aux normes fédérales minimales. Des fonds fédéraux sont également utilisés pour couvrir les coûts administratifs et pour implanter des agences pour l’emploi destinées à aider les demandeurs à retrouver un poste. Pour bénéficier de ce dispositif, un salarié doit avoir travaillé un nombre minimum de semaines et perçu une rémunération au moins égale au montant défini par la loi de l’État.

2. L’AIDE SOCIALE

Jusqu'à la Grande Dépression, les Gouvernements locaux étaient assez peu engagés dans la lutte contre la pauvreté, les églises et les associations bénévoles fournissant la majeure partie des aides. Avec l’apparition de millions de chômeurs lors de la dépression économique des années 30, l'aide nécessaire dépassa très largement les ressources individuelles des différents États. Pour cette raison, des programmes fédéraux dans des domaines comme les soins médicaux, le logement social, les bons alimentaires et les revenus de complément furent mis en place, le Gouvernement fédéral fournissant des subsides soit directement aux bénéficiaires, soit aux États.

Pendant les années 80 et 90, les critiques à l’égard de certains aspects de l'aide sociale s’intensifièrent. Certains soutenaient que ces programmes avaient créé une "culture de dépendance", qui décourageait les gens de quitter le dispositif d'assistance et de trouver un emploi. Quelques États expérimentèrent des mesures obligeant les bénéficiaires de

l’aide sociale à trouver un travail dans un temps donné, faute de quoi les allocations pouvaient être supprimées.

En 1996, le Congrès vota la Loi sur la Responsabilité personnelle et la Réconciliation avec l'Opportunité professionnelle (*Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*), plus connue sous le nom de Loi de Réforme de l'Assistance sociale (*Welfare Reform Act*), qui révisait les dispositions des programmes d’aide publique en vigueur. Cette loi supprima certains programmes fédéraux et plaça davantage de programmes sous la responsabilité des États en leur fournissant des dotations (c’est à dire des fonds fédéraux affectés à un État pour la livraison de services spécifiques à l’intérieur d’un cadre général). Ces fonds étaient destinés à concevoir des programmes axés sur l’emploi, limités dans le temps, et ayant pour objectif d’aider les bénéficiaires à se passer de l’aide sociale en retournant sur le marché de l’emploi. La loi apporta également des changements significatifs dans divers domaines tels que les pensions alimentaires, les structures d’accueil des enfants, le programme des bons alimentaires, les prestations d'invalidité pour les enfants, et les conditions d’accès aux prestations fédérales et locales pour les immigrants.

Les programmes d'aide sociale incluent les dispositifs suivants :

L’Assistance provisoire aux Familles nécessiteuses (*Temporary Assistance to Needy Families - TANF*) - anciennement Aide aux Familles avec Enfants à Charge (*Aid to Families with Dependent Children - AFDC*)

De 1935 à 1996, l' Aide aux Familles avec Enfants à Charge était la forme la plus commune d’allocation familiale. Conçu à l'origine pour aider les enfants dont le père était décédé, ce dispositif évolua et gagna en importance au cours des années, jusqu’à devenir la source principale de revenu régulier pour des millions de familles américaines monoparentales à faibles ressources. Ce programme fut supprimé en 1996 par la Loi sur la Responsabilité personnelle et la Réconciliation avec l'Opportunité professionnelle – en même temps que des programmes apparentés connus sous les noms d’Opportunité professionnelle et Formation fondamentale (*Job Opportunity and Basic Training - JOBS*) et d’Aide d’Urgence (*Emergency Assistance - EA*). Ils furent remplacés par différents dispositifs gérés par les États et financés par des dotations fédérales dans le cadre du programme générique appelé Assistance provisoire aux Familles nécessiteuses.

Ce dispositif est administré par le Bureau d’Aide aux Familles (*Office of Family Assistance*) du Ministère de la Santé et des Affaires sociales. Dans le cadre de ce programme, les États ont une large liberté pour mettre en œuvre leurs propres dispositifs et pour déterminer qui peut en bénéficier. Les programmes peuvent inclure aides financières en espèces (compléments de salaire notamment), gardes d’enfant, éducation et formation professionnelle, aides pour les transports. La principale exigence fédérale stipule que les États emploient les fonds pour aider les familles avec des enfants. Une autre condition est que pour recevoir des fonds au titre de l'Assistance provisoire aux Familles nécessiteuses, les États doivent engager une partie de leurs fonds propres dans les dispositifs. Deux autres éléments essentiels concernent l’obligation d’emploi et la

limite dans le temps : la règle générale est que les bénéficiaires adultes ayant un enfant âgé de plus de un an sont obligés de participer à une activité professionnelle, et qu'aucune famille ne peut recevoir d'aide financière en espèces financée par des fonds fédéraux au-delà de cinq ans.

Le programme *Medicaid*

Le programme d'aide médicale *Medicaid* a été institué en 1965. Il est administré par le Ministère de la Santé et des Affaires sociales des États-Unis. Il ne doit pas être confondu avec le programme *Medicare* (voir plus haut). *Medicaid* est financé conjointement par le Gouvernement fédéral et par les États pour aider ceux-ci à procurer une assistance médicale aux personnes et aux familles à faibles ressources. Les conditions pour bénéficier de cette aide et la nature des soins disponibles diffèrent selon les États.

Dans le cadre de ce dispositif, les remboursements sont adressés directement aux professionnels de santé et non au patient. Seuls les médecins, maisons de retraite, et autres prestataires de soins agréés sont autorisés à recevoir des paiements au titre du programme *Medicaid* pour leurs services. Selon les règles édictées par les États, les patients peuvent également se voir demander une modeste participation pour certains frais médicaux.

Le Programme local d'Assurance Maladie infantile *(State Children's Health Insurance Program - SCHIP)*

La Loi d'Equilibre budgétaire (*Balanced Budget Act*) de 1997 créa un nouveau programme d'assurance maladie infantile intitulé *SCHIP*. Ce dispositif autorise les États à offrir une assurance maladie aux enfants qui n'en bénéficient pas, et ce jusqu'à l'âge de 19 ans. L'augmentation du nombre d'enfants non assurés résulte principalement du fait que de moins en moins d'enfants sont couverts par l'assurance médicale professionnelle de leurs parents.

Le dispositif *SCHIP* est administré par les États. Chaque État établit ses propres critères en matière d'admissibilité et de services. Les familles dont les revenus sont trop élevés pour prétendre au dispositif *Medicaid* peuvent dans certains cas bénéficier des avantages du programme *SCHIP*. Comme les programmes *Medicare* et *Medicaid*, le programme *SCHIP* est supervisé par le Ministère de la Santé et des Affaires sociales des États-Unis.

Le Revenu complémentaire de Sécurité (*Supplemental Security Income - SSI*)

Le dispositif *SSI* a été créé en 1974. Il est destiné à aider les personnes handicapées, aveugles, ou âgées de 65 ans ou plus, disposant de peu ou pas de ressources. C'est un programme fédéral de complément de revenus, qui permet le versement de prestations mensuelles en espèces afin de couvrir les besoins en denrées alimentaires, habillement et logement.

Bien qu'il soit géré par la Direction des Prestations sociales (*Social Security*

Administration), ce programme est alimenté par les recettes fiscales générales, et non par les cotisations sociales. De plus, à la différence des prestations sociales, les versements au titre du *SSI* ne sont pas basés sur les salaires antérieurs d'une personne ou des membres de sa famille.

Les bons alimentaires et autres programmes de nutrition

Le Programme des Bons alimentaires (*Food Stamp Program*), créé en 1964, est co-financé par le Gouvernement fédéral et par les États. Il permet aux familles à faible revenu d'acheter des denrées alimentaires au moyen de bons officiels ou de cartes de crédit spécifiques utilisables dans des magasins agréés. Le Gouvernement fédéral finance le montant de l'aide, et les États prennent en charge les coûts liés à la gestion du programme.

Plusieurs autres programmes de nutrition existent, financés par le Gouvernement fédéral et par les collectivités locales : le Programme de Complément alimentaire pour les Femmes, les Bébés et les Enfants (*Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children*), le Programme alimentaire pour les Personnes âgées (*Nutrition Program for the Elderly*), le Programme alimentaire pour les Adultes et les Enfants en Collectivité (*Child and Adult Care Food Program*), le Programme de Déjeuner et Petit-Déjeuner scolaires (*School Lunch and Breakfast Program*), le Programme alimentaire estival (*Summer Food Service Program*), etc.

Le logement social

Depuis la fin des années 30, le Gouvernement fédéral alloue des fonds pour construire des logements sociaux destinés aux Américains à faible revenu, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Presque tous les programmes dépendent d'agences locales créées par les États ou par les collectivités locales. Des contrats entre le Ministère du Logement et du Développement urbain des États-Unis (*U.S. Department of Housing and Urban Development*) et les agences locales permettent le transfert des fonds fédéraux. Des financements peuvent également provenir des États ou des collectivités locales.

Les demandeurs de logements sociaux doivent répondre à des critères de revenus. Si la situation financière du locataire s'améliore, il ou elle peut généralement continuer à vivre dans les lieux mais doit payer un loyer plus élevé afin que celui des personnes les plus démunies puisse être maintenu à un niveau modeste.

STATISTIQUES

1. PRESTATIONS SOCIALES

- Plus de 48 millions d'Américains percevaient des prestations au titre de l'Assurance Vieillesse, Veuvage et Invalidité (*OASDI*) en 2005.
- Plus de 41 millions d'Américains bénéficiaient du programme *Medicare* en 2003.

- Les dépenses fédérales pour le programme *Medicare* s'élevaient à 270,5 milliards de dollars en 2004.
- Les dépenses au titre des prestations sociales (programme *Medicare* compris) représentaient 28,7% des dépenses fédérales en 2004.
- Les dépenses au titre des prestations sociales (programme *Medicare* compris) représentaient 5,83% du produit intérieur brut (PIB) des États-Unis en 2004.
- Les dépenses d'assurance chômage s'élevaient à 48,3 milliards de dollars en 2004.

2. AIDE SOCIALE

- Une moyenne de 4,7 millions d'Américains percevaient chaque mois l'Assistance provisoire aux Familles nécessiteuses (*TANF*) en 2004.
- Presque 43 millions d'Américains bénéficiaient du programme *Medicaid* en 2003. Avec plus de 170 milliards de dollars de dépenses en 2003, *Medicaid* constitue le principal programme d'aide sociale aux États-Unis.
- Plus de 6 millions d'enfants bénéficiaient du Programme local d'Assurance Maladie infantile (*SCHIP*) en 2004. Les dépenses s'élevaient à plus de 4 millions de dollars en 2003.
- Plus de 7 millions d'Américains bénéficiaient du Revenu complémentaire de Sécurité (*SSI*) en 2005.
- Plus de 10 millions de foyers et presque 24 millions de personnes bénéficiaient du Programme des Bons alimentaires en 2004. Les versements s'élevaient à une moyenne de 2,1 milliards de dollars par mois.
- Les dépenses liées au logement social s'élevaient à 37,3 milliards de dollars en 2004.
- Approximativement 1,3 millions de foyers vivent dans des logements sociaux.

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ

1. LES AVANTAGES SALARIAUX

Une grande majorité d'Américains perçoit une retraite et bénéficie de l'assurance maladie au titre de son emploi salarié ou de celui d'un des membres de sa famille. Les avantages salariaux existent aux États-Unis depuis le 19ème siècle. Ils résultent d'un partenariat entre les employeurs, les employés et le gouvernement.

Retraites

En 1921, le Congrès vota la Loi sur la Fiscalité (*Revenue Act*), première d'une série de lois destinées à encourager, au moyen d'incitations fiscales, la mise en place de plans de retraite salariale. En 1974, le Congrès vota la Loi sur la Garantie de Revenu des Retraites (*Employee Retirement Income Security Act - ERISA*), conçue pour fixer des garanties uniformes minimales pour les bénéficiaires et pour procurer un complément de retraite incitatif aux travailleurs indépendants et aux personnes ne bénéficiant pas d'un plan de retraite salariale (c'est-à-dire au moyen d'un plan de retraite individuel financé par le

cotisant).

La plupart des plans de retraite sont proposés par les entreprises afin d'attirer et de fidéliser les employés. Le gouvernement soutient ces plans en accordant des avantages fiscaux aux employeurs qui les adoptent et aux travailleurs qui en bénéficient. Par exemple, les employés peuvent cotiser sur leur salaire avant impôt à certains plans connus sous le nom de 401(k). Ils ne sont pas imposés sur ces contributions.

Les plans de retraite offrent généralement aux retraités un choix entre deux modes de versement : une annuité, par laquelle une pension est versée de façon régulière, le plus souvent mensuellement, tout au long de la vie de la personne (ou de son conjoint) ou durant une certaine période ; ou bien un capital forfaitaire. Le régime fiscal est déterminé par le type de versement et le moment choisi pour en bénéficier.

En 2003, approximativement un tiers des américains de 65 ans et plus recevait une pension de retraite liée à sa vie professionnelle, et 57,1% des travailleurs à plein temps cotisaient à un plan de retraite salariale.

Assurance maladie

Comme les retraites, l'assurance maladie salariale a été encouragée par une série de lois. La Loi sur la Fiscalité (*Revenue Act*) de 1954, en particulier, a permis d'exonérer de taxes les contributions des employeurs aux régimes d'assurance accident et maladie bénéficiant aux employés. En 1974, la Loi sur la Garantie de Revenu des Retraites (mentionnée précédemment) fixa des normes uniformes que les programmes de prévoyance salariale, y compris l'assurance maladie, doivent respecter afin d'obtenir et de conserver un traitement fiscal avantageux.

Les régimes d'assurance maladie varient considérablement. Certains incluent la prise en charge des soins dentaires, ou les consultations et les soins psychiatriques ; d'autres non. Certains sont payés conjointement par l'employeur et l'employé ; d'autres uniquement par l'employé. Sous le régime le plus répandu, l'employé comme l'employeur versent une contribution mensuelle. En retour, la compagnie d'assurance rembourse une grande partie des frais médicaux de l'employé au-delà d'un forfait minimum appelé franchise.

Pendant les années 90, les plans salariaux de gestion intégrée des soins (*managed care*) se sont développés comme moyen de freiner la hausse des dépenses de santé. Dans le cadre de tels plans, les employés s'adressent auprès de prestataires de santé agréés (*preferred-provider organizations* ou *health maintenance organizations*), qui assurent l'ensemble des soins pour un montant fixe payé d'avance. Certains Américains, cependant, s'inquiètent d'un tel système qui empêche le patient de choisir librement son médecin.

L'assurance maladie salariale est la forme la plus commune d'assurance maladie aux États-Unis. En 2003, 101,5 millions d'employés âgés de 18 à 64 ans (c'est-à-dire 7 travailleurs sur 10) bénéficiaient de cette protection. Celle-ci concerne également 14,9

millions d'adultes inactifs de la même tranche d'âge et 42,9 millions d'enfants de moins de 18 ans.

2. LES ORGANISMES CARITATIFS

Les Américains sans ressources peuvent également se tourner vers d'autres sources d'aides que le Gouvernement fédéral ou local. Un large éventail d'organisations caritatives privées et d'organismes de bénévolat existe. Le bénévolat se développe aux États-Unis, en particulier parmi les retraités. On estime que presque 50% des Américains de plus de 18 ans s'impliquent bénévolement et que presque 75% des foyers versent des dons à des organismes caritatifs.

Parmi les plus importantes organisations caritatives opérant aux États-Unis figurent :

L'Armée du Salut (*The Salvation Army*)

Créée en 1865, la branche américaine de ce mouvement chrétien international réalise - sans distinction de nationalité, de couleur ou de religion - de nombreuses actions dans le domaine social : programmes alimentaires, assistance aux victimes de catastrophes, aide aux handicapés, assistance aux personnes âgées et aux malades, habillement et hébergement des sans-abri, actions auprès des enfants défavorisés, mise en place de plans de financement, services d'aide à l'emploi et programme de désintoxication pour les alcooliques et les toxicomanes. Plus de 33 millions d'Américains ont bénéficié de l'aide de l'Armée du Salut en 2004.

La Croix Rouge américaine (*The American Red Cross*)

Créée en 1881, la branche américaine de la Fédération Internationale de la Croix Rouge a pour mission d'aider les personnes à prévenir et à gérer les situations d'urgence. L'organisation intervient dans les secteurs suivants : aide et secours d'urgence lors de catastrophes naturelles ; don de sang ; stages de formation à la sécurité civile ; actions locales auprès des personnes sans ressources et soutien et réconfort auprès des membres de l'armée et de leur famille. Tous les ans, la Croix Rouge américaine fait face à plus de 70.000 catastrophes et forme presque 12 millions de personnes aux gestes d'urgence. C'est le principal fournisseur de sang et de produits sanguins pour plus de 3.000 hôpitaux à travers le pays.

Deuxième Récolte (*America's Second Harvest*)

Constituée en 1979, cette association est la principale organisation caritative de lutte contre la faim aux États-Unis. Son réseau collecte et distribue chaque année plus de 900.000 tonnes de dons en denrées alimentaires, qui approvisionnent environ 50.000 agences locales gérant plus de 94.000 structures tels que les centres de distribution de nourriture, les soupes populaires, les centres d'accueil d'urgence, les programmes post scolaires, et les *Kids Cafes* (nom d'un programme d'accueil et de distribution de nourriture pour les enfants défavorisés). En 2005, cet organisme a distribué une aide

alimentaire à plus de 23 millions de personnes démunies et souffrant de malnutrition, dont plus de 9 millions d'enfants et presque 3 millions de personnes âgées.

SYNTHESE - PROGRAMMES ET FINANCEMENTS

	GOUVERNE-MENT FEDERAL	ETAT OU GVT LOCAL	EMPLOYEURS	EMPLOYES	ORGANISMES CARITATIFS
PRESTATIONS SOCIALES :					
- *OASDI*	x		x	x	
- *Medicare*	x		x	x	
- Assurance chômage	x	x	x		
AVANTAGES SALARIAUX :					
- Retraites	x (*)		x	x	
- Assurance maladie	x (*)		x	x	
AIDE SOCIALE :					
- *TANF*	x	x			
- *Medicaid*	x	x			
- *SCHIP*		x			
- *SSI*	x				
- Bons alimentaires	x	x			
- Logement social	x	x			
DIVERS PROGRAMMES CARITATIFS					x

(*) Note : Le Gouvernement fédéral offre des allégements fiscaux pour ces programmes, mais ne les finance pas directement.

PERSPECTIVES POUR LE FUTUR

Réforme des prestations sociales

Un sujet d'inquiétude grandissant concerne le fait que le fonds alimentant les prestations sociales ne soit pas en mesure de faire face financièrement à ses engagements au 21ème siècle, alors que l'on s'attend à une augmentation considérable du nombre de personnes âgées aux États-Unis. Le ratio actifs cotisants pour retraités qui était de 16,5 pour 1 en 1950, est tombé à 3,4 pour 1 en 2000 et devrait tomber à 2 pour à 1 en 2040. Les responsables politiques ont proposé diverses façons de combler le déficit prévu, mais une solution à long terme est toujours en discussion. Pour l'instant, le dispositif des prestations sociales génère encore un surplus financier. Le Conseil d'administration

annonce cependant que selon les projections à moyen terme, ce fonds sera déficitaire en 2041.

Envolée des coûts médicaux

Au cours des 40 dernières années, le coût des soins aux États-Unis a considérablement augmenté. Les dépenses de santé sont passées de 204 dollars par personne en 1965 à 5.670 dollars par personne en 2003. Les dépenses de santé en 2003 se sont élevées à 1,7 billions de dollars, soit 15,3 % du produit intérieur brut (PIB), dépassant la croissance de l'économie globale de 3 points. De même, les employeurs ont dépensé 331 milliards de dollars en 2003 pour l'assurance santé de leurs employés, soit une augmentation de 50% depuis 1998. Ceci représente une moyenne de 3,80 dollars de l'heure pour chaque employé cotisant à l'assurance maladie. Par conséquent, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à demander à leurs employés de payer une part plus importante des coûts de santé, voire même à supprimer totalement la couverture maladie.

Les non assurés

Un des défis majeurs auxquels les États-Unis sont soumis en matière de santé est de savoir comment fournir des soins médicaux à ceux qui n'ont pas les moyens de payer une assurance maladie mais qui ne répondent pas aux critères permettant de bénéficier des dispositifs *Medicaid* ou *Medicare.* Il a été estimé que 15,2% des Américains – soit approximativement 45 millions de personnes - sont sans couverture médicale pendant au moins une partie de l'année. On trouve parmi eux des enfants ou des adultes sans emploi ou dont l'activité salariée n'offre pas de couverture médicale ou qui vivent juste au-dessus du seuil de pauvreté. Ils peuvent recevoir gratuitement ou pour un prix modique des soins d'urgence dans la plupart des hôpitaux et centres de santé municipaux, mais ils ne parviennent souvent pas à bénéficier de soins réguliers ou préventifs. Une loi fédérale de 1986 oblige les hôpitaux à traiter les patients dans les services d'urgence indépendamment de leur solvabilité.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Social Security Administration (SSA): <http://www.ssa.gov/>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): <http://www.cms.hhs.gov/>
- Office of Family Assistance (OFA): <http://www.acf.dhhs.gov/programs/ofa/>
- Food and Nutrition Service (FNS): <http://www.fns.usda.gov/fns/default.htm>
- Employee Benefit Research Institute (EBRI): <http://www.ebri.org/>
- The Salvation Army: <http://www.salvationarmyusa.org>
- American Red Cross: <http://www.redcross.org>
- America's Second Harvest: <http://www.secondharvest.org/>

Juin 2006